



**FORMATO C-2**  
Solicitud - Declaración Jurada

**AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA LAS DROGUERIAS Y ALMACENES ESPECIALIZADOS QUE ENCARGUEN EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO A OTRAS DROGUERIAS O ALMACENE ESPECIALIZADOS**

**INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)**

**CATEGORIA:** DROGUERIA  ALMACEN ESPECIALIZADO

1. NOMBRE COMERCIAL:

2. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

3. RAZON SOCIAL:

4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:  
 APELLIDOS:  NOMBRES:

5. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (según lo autorizado ante GERESA CUSCO)

5a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

5b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.:

5c. DISTRITO:  5d. PROV.:  5e. DPTO.:

5f. Referencia:  5g. Telf.

**6. INFORMACION DEL ALMACEN O ALMACENES QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO**

**SEGUN LO AUTORIZADO)**

ALMACEN N°: \_\_\_\_\_

6a. Calle / Jiron / Avenida:  N°:  INT.:

6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:  MZ.  LOTE.:

6c. DISTRITO:  6d. PROV.:  6e. DPTO.:

6f. REFERENCIA:

**6g. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (SEGUN LO AUTORIZADIO)**

6h. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

6i. RAZÓN SOCIAL:

6j. NOMBRE COMERCIAL:

6k. DIRECCION:



ALMACEN N°: \_\_\_\_\_

6l. Calle / Jiron / Avenida: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ INT.: \_\_\_\_\_

6m. URB./AA.HH./PP.JJ.: \_\_\_\_\_ MZ \_\_\_\_\_ LOTE.: \_\_\_\_\_

6n. DISTRITO: \_\_\_\_\_ 6ñ. PROV.: \_\_\_\_\_ 6o. DPTO.: \_\_\_\_\_

6.p. REFERENCIA: \_\_\_\_\_

**6q. INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (SEGUN LO AUTORIZADIO)**

6r. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°: \_\_\_\_\_

6s. RAZÓN SOCIAL: \_\_\_\_\_

6t. NOMBRE COMERCIAL: \_\_\_\_\_

6u. DIRECCION: \_\_\_\_\_

**7. INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO DEL ESTABLECIMIENTO FARMACEUTICO**

**7a. PROFESION : QUIMICO FARMACEUTICO**

7a. APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

C.Q.F.P. N°: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ TF: \_\_\_\_\_

**8. REQUISITOS**

- 1. Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato.
- 2. Copia del contrato entre las partes relacionado al servicio a brindar, de acuerdo a lo establecido en las Buenas Prácticas de Almacenamiento.
- 3. Croquis de distribución interna del almacén considerando las áreas exclusivas o compartidas incluyendo las climatizadas y refrigeradas, indicando el volume máximo de almacenamiento en metros cúbicos, en format A-3.
- 4. Comprobante de pago por derecho de trámite (S/325.00).

Número de Constancia de pago \_\_\_\_\_ Fecha de pago \_\_\_\_\_

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DICHO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Director Tecnico

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario o Representante  
Legal y sello del Establecimiento  
Farmacéutico